

**KESIAPAN RUMAH SAKIT RUJUKAN HIV-AIDS  
DI PROVINSI JAWA BARAT DALAM IMPLEMENTASI LAYANAN  
PENCEGAHAN PENULARAN HIV DARI IBU KE ANAK (PPIA)**

***Referral Hospital Preparedness HIV-AIDS in West Java in Implementation of  
Prevention Mother to Child Transmission of HIV (PMTCT)***

Heny Lestary<sup>1</sup>, Sugiharti<sup>1</sup>, Andi Leny Susyanty<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes, Jakarta

<sup>2</sup>Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, Badan Litbangkes, Jakarta

Email: lestaryheny@yahoo.com

Diterima: 16 Mei 2016; Direvisi: 1 Juni 2016; Disetujui: 7 Juni 2016

**ABSTRACT**

Transmission of HIV-AIDS from mothers to their children are of increasingly concern and it remains an iceberg phenomenon. West Java is one of five provinces in Indonesia with highest cases of HIV-AIDS as well as maternal and infant mortality rates. Prevention of mother to child HIV transmission (PMTCT) program has been implemented in Indonesia since 2004. Ministry of Health has appointed several hospitals as centers of referral of PMTCT in the same area, however, its implementation has not been known yet. The aim of this research is to find out the preparedness of PMTCT services in four referral hospitals in West Java Province, namely HS Hospital, KBd Hospital, KBk Hospital, and MM Hospital. The preparedness of PMTCT services can be assessed from preparedness of medical staff and supporting staff in providing such services, the preparedness of facilities and infrastructures, and constraints of service as well. The study carried out in 2014 with qualitative approach. The result shows that there are some differences of preparedness amongst four hospitals in PMTCT service implementation, mostly because of unpreparedness in terms of facilities and infrastructures (reagents, medicines, medical equipment, rooms, laboratories), lack of training, stigma from medical staff, and there is no guarantee for occupational safety and health of medical staff in providing PMTCT services. The conclusion of the results is that HS Hospital is the most well-prepared in PMTCT service implementation, whereas KBd Hospital needs medicine equipment and laboratories for HIV-AIDS examination. Similarly, KBk Hospital needs awareness campaign and training to reduce negative stigma from medical staff. Lastly, MM Hospital needs awareness campaign, training, completeness of personal protective equipment, leadership commitment and other supports for birth delivery services for HIV positive mothers.

**Keywords:** HIV-AIDS, PMTCT, Hospital, West Java

**ABSTRAK**

Penularan HIV-AIDS pada ibu rumah tangga sudah semakin mengkhawatirkan dan ibarat fenomena gunung es. Provinsi Jawa Barat sebagai salah satu dari lima provinsi tertinggi di Indonesia dengan jumlah kasus HIV-AIDS dan merupakan provinsi dengan angka kematian ibu dan bayi tertinggi. Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) merupakan program yang sudah dilakukan di Indonesia sejak tahun 2004. Kemenkes sudah menunjuk beberapa rumah sakit untuk dapat menjadi pusat rujukan PPIA di wilayahnya, namun belum diketahui bagaimana implementasinya selama ini. Tujuan penelitian untuk mengetahui bagaimana kesiapan layanan PPIA di RS Rujukan HIV-AIDS di Provinsi Jawa Barat, yakni : RS HS, RSUD KBd, RSUD KBk, dan RS MM. Kesiapan layanan PPIA dilihat dari bagaimana kesiapan tenaga medis dan tenaga pendukung dalam memberikan layanan PPIA, kesiapan sarana dan prasarana, serta kendala layanan. Penelitian dilakukan pada tahun 2014 dengan pendekatan kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kesiapan ke-empat RS berbeda-beda dalam implementasi layanan PPIA, namun sebagian besar karena ketidaksiapan dalam hal sarana prasarana (reagen, obat-obatan, alat kesehatan, ruangan, pemeriksaan laboratorium), kurangnya pelatihan, masih adanya stigma dari tenaga kesehatan, serta belum adanya jaminan keamanan dan keselamatan bagi tenaga kesehatan pemberi layanan PPIA. Kesimpulannya adalah RS HS merupakan yang paling siap dalam implementasi layanan PPIA, RSUD KBd masih harus melengkapi obat-obatan dan pemeriksaan laboratorium terkait HIV-AIDS, RSUD KBk masih memerlukan sosialisasi dan pelatihan agar tidak ada stigma dari tenaga kesehatan, RS

MM masih memerlukan sosialisasi, pelatihan, kelengkapan alat pelindung diri, komitmen pimpinan dan sebagainya agar dapat segera memberikan layanan persalinan bagi ibu positif HIV.

**Kata kunci:** HIV-AIDS, PPIA, RS, Jawa Barat

## PENDAHULUAN

Kasus HIV-AIDS di Indonesia dari tahun ke tahun selalu mengalami peningkatan. Secara kumulatif, jumlah kasus AIDS yang dilaporkan sejak 1 April 1987 sampai dengan 31 Maret 2013 sebanyak 103.759 kasus HIV, 43.347 kasus AIDS, dan dengan 8.288 kematian. Sedangkan pada triwulan pertama 2013 (Januari – Maret 2013) Kementerian Kesehatan RI melaporkan adanya tambahan kasus HIV sebanyak 5.369 kasus dan AIDS sebanyak 460 kasus (Ditjen PP&PL Kemenkes, 2013).

Perbandingan jumlah kasus HIV-AIDS pada laki-laki dan perempuan adalah 1 : 1. Menurut faktor risiko, jumlah kasus kumulatif AIDS karena transmisi perinatal adalah 1.181, dimana 163 kasus AIDS terjadi pada kelompok umur kurang dari 1 tahun, 772 kasus terjadi pada kelompok umur 1-4 tahun, dan 329 kasus terjadi pada kelompok umur 5-14 tahun (Ditjen PP&PL Kemenkes, 2013). Data hasil penelitian Badan Litbangkes pada tahun 2011-2012 mengenai penyebab kematian (*Cause Of Death*) di 12 kabupaten/kota di Indonesia menyebutkan bahwa HIV-AIDS merupakan penyebab kematian nomor tujuh atau sekitar 3% penyebab kematian di 12 kabupaten/kota di Indonesia adalah karena HIV-AIDS dan terjadi pada kelompok umur 15-34 tahun (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013).

Dari 33 provinsi di Indonesia, Jawa Barat menempati urutan ke empat dengan jumlah penderita HIV-AIDS terbanyak. Hingga Maret 2013, sedikitnya 7.621 penduduk Jawa Barat positif terjangkit HIV dan 4.131 AIDS (Ditjen PP&PL Kemenkes, 2013). Sedangkan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Jawa Barat mengatakan bahwa terhitung Juni 2012 ada 7.375 kasus HIV-AIDS di Jawa Barat, terdiri dari 4.645 kasus AIDS dan 2.730 kasus HIV, dimana hubungan seksual merupakan pendorong peningkatan kasus HIV-AIDS tertinggi. Dalam 2 tahun terakhir kasus HIV-AIDS akibat hubungan seks lebih besar yaitu 2.212

kasus atau naik 811 kasus dibandingkan tahun sebelumnya. Akibat rendahnya pemakaian kondom pada laki-laki pelanggan Perempuan Seks Komersil di Jawa Barat, menjadikan ibu rumah tangga yang tertular HIV-AIDS mencapai 796 orang (Anonimus, 2013a). Data yang tercatat di Pemda Provinsi Jawa Barat, menyebutkan bahwa penularan HIV-AIDS kepada ibu rumah tangga di Jawa Barat kini semakin mengkhawatirkan dan ibarat fenomena gunung es. Secara kumulatif kasus HIV-AIDS pada ibu rumah tangga di Jawa Barat sekitar 900 orang, dan anak yang tertular dari ibu yang positif berjumlah sekitar 200 orang. Namun, diperkirakan jumlah ini hanya sebagian kecil dari kondisi riil di masyarakat yang tidak terdeteksi (Anonimus, 2013a). Penderita HIV-AIDS terbanyak di Jawa Barat terdapat di Kota Bandung, disusul Kota Bekasi, Kota Sukabumi dan Kota Bogor. Dari 26 kota/kabupaten di Jawa Barat, tidak ada satu daerah pun yang penduduknya tidak terjangkit HIV-AIDS (Anonimus, 2011).

Program Layanan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) telah terbukti sebagai intervensi yang sangat efektif untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak. Di negara maju risiko anak tertular HIV dari ibu dapat ditekan hingga kurang dari 2% karena tersedianya intervensi PPIA dengan layanan optimal. Namun di negara berkembang atau negara miskin, dengan minimnya akses intervensi, risiko penularan masih berkisar antara 25% dan 45% (RI, 2012). Risiko penularan HIV dari ibu ke anak tanpa adanya intervensi PPIA mencapai 25-45%, dimana pada periode transmisi kehamilan memiliki risiko sebesar 5-10%, periode persalinan berisiko 10-20%, dan periode menyusui berisiko 10-15% (Kementerian Kesehatan, 2013).

Penularan HIV dari ibu yang terinfeksi HIV ke bayinya juga cenderung meningkat seiring dengan meningkatnya jumlah perempuan HIV positif yang tertular baik dari pasangan maupun akibat perilaku berisiko. Meskipun angka prevalensi dan penularan HIV dari ibu ke bayi masih

terbatas, namun jumlah ibu hamil yang terinfeksi HIV cenderung meningkat. Prevalensi HIV pada ibu hamil diproyeksikan meningkat dari 0,38% pada tahun 2012 menjadi 0,49% pada tahun 2016, dan jumlah ibu hamil HIV positif yang memerlukan layanan PPIA juga akan meningkat dari 13.189 orang pada 2012 menjadi 16.191 pada tahun 2016. Demikian pula jumlah anak tertular HIV-AIDS dari ibunya pada saat dilahirkan ataupun saat menyusui akan meningkat dari 4.361 pada 2012 menjadi 5.565 pada 2016 (RI, 2012).

Selain itu, pencegahan penularan HIV-AIDS dari ibu ke anak merupakan upaya intervensi penurunan kasus HIV-AIDS yang sejalan dengan tujuan Millenium Development Goal's yang ke 4, 5, dan 6; yaitu menurunkan angka kematian anak, meningkatkan kesehatan ibu, dan memerangi HIV-AIDS, Malaria, dan Penyakit Menular lainnya (Anonimus, 2013b).

Meningkatnya jumlah kasus penularan HIV-AIDS dari ibu ke bayinya dan peningkatan jumlah ibu hamil HIV positif menjadikan perlunya layanan atau program PPIA yang komprehensif dan berkesinambungan. Di Provinsi Jawa Barat, peningkatan jumlah ibu hamil positif HIV semakin mengkhawatirkan dan seperti fenomena gunung es. Sedangkan jumlah Rumah Sakit yang mampu menyelenggarakan layanan PPIA di Provinsi Jawa Barat masih sangat rendah, demikian juga masih rendahnya cakupan ibu hamil positif HIV yang dapat menjangkau layanan tersebut, sehingga dirasakan perlu untuk dilakukan studi mengenai bagaimana implementasi dan kendala apa saja yang terjadi di lapangan yang terkait dengan layanan PPIA di Rumah Sakit Rujukan HIV-AIDS di Provinsi Jawa Barat pada tahun 2014.

Tujuan penelitian ini adalah diperolehnya informasi menyeluruh tentang implementasi layanan PPIA di RS Rujukan HIV-AIDS di Provinsi Jawa Barat pada tahun 2014, sebagai bahan rekomendasi kebijakan program HIV-AIDS pada ibu dan anak, dengan mengidentifikasi kesiapan dari tenaga pelaksana di rumah sakit, sarana dan prasarananya, serta kendala yang selama ini ada.

## BAHAN DAN CARA

Disain penelitian yang digunakan adalah dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Penelitian dilakukan di 4 RS Rujukan PPIA di Provinsi Jawa Barat selama 10 bulan, terhitung mulai Bulan Februari sampai November 2014.

Wawancara dengan menggunakan pedoman wawancara terstruktur dilakukan terhadap penanggung jawab klinik VCT/CST RS, tenaga medis (dokter, bidan, dan perawat), tenaga pendukung (petugas laboratorium, farmasi, manajer kasus, dan tenaga admin), dan observasi dengan menggunakan daftar tilik dilakukan untuk melihat kesiapan sarana prasarana (alat – alat kesehatan, obat, reagen, ruang konseling, ruang persalinan, dan sebagainya) di masing – masing rumah sakit. Total jumlah informan dari penelitian ini adalah 76 orang informan, dimana informan dari RS HS adalah 19 orang, RSUD KBd adalah 16 orang, RSUD KBk sebanyak 22 orang, dan RS MM sebanyak 19 orang. Jumlah informan yang diwawancara berbeda – beda dari masing – masing rumah sakit karena tergantung dari keberadaan jumlah dan jenis tenaga pelaksana yang ada.

## HASIL

Setelah dilakukan pengamatan dan wawancara dengan pemberi layanan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) di 4 (empat) Rumah Sakit di Provinsi Jawa Barat yang ditunjuk oleh Pemerintah sebagai rumah sakit pemberi layanan PPIA, maka dapat diketahui bagaimana gambaran kesiapan implementasi PPIA di RS HS, RSUD KBd, RSUD KBk, dan RS MM. Secara umum dapat dikatakan bahwa ke-4 RS tersebut sudah melakukan layanan PPIA secara baik, walaupun kesiapan dari masing – masing RS berbeda – beda, dan ditemukan beberapa permasalahan di masing – masing rumah sakit, terutama terkait dengan sarana dan prasarana serta stigma dari tenaga pelaksana.

### Kesiapan tenaga medis pemberi layanan PPIA di RS (dokter, perawat, dan bidan)

Tenaga medis sebagai penyedia layanan utama PPIA di rumah sakit yang ditunjuk oleh Pemerintah sebagai RS rujukan HIV-AIDS, semestinya sudah siap melayani program pencegahan penularan HIV dari ibu

ke anak. Namun dari hasil penelitian ini dapat diketahui bahwa kesiapan dari masing – masing tenaga medis di ke-4 rumah sakit yang diteliti berbeda – beda. Tabel 1 dan 2 di bawah ini merupakan matriks kesiapan dari tenaga dokter serta perawat dan bidan di ke-4 rumah sakit yang diteliti.

Tabel 1. Matriks Hasil Wawancara Kesiapan Dokter RS Pemberi Layanan PPIA di Jawa Barat

Perihal	RS HS	RSUD KBd	RSUD KBk	RS MM
Kebijakan / pedoman yang menjadi acuan	Kebijakan yang menjadi pedoman dokter dalam pelaksanaan PPIA adalah pedoman yang berasal dari Kemenkes, WHO, hasil pelatihan dalam dan luar negeri, yang kemudian dituangkan ke dalam SOP yang dibuat internal oleh RS	Yang menjadi pedoman / acuan dokter adalah SOP, SK Direktur, dan Protap	Kebijakan yang menjadi pedoman berupa SOP, namun sosialisasi masih kurang dan belum semua dokter dilibatkan	Permenkes yang menunjuk RS MM sebagai RS Rujukan HIV-AIDS serta SK dari Direktur
Kecukupan jumlah tenaga	Sebenarnya jumlah dokter obgin dan anak yang menangani PPIA masih kurang, tapi selama ini bisa ditangani oleh para residen, di bawah pengawasan konsulennya. Tidak semua memiliki minat yang sama, tidak semua minat untuk menangani HIV. Perlu ada pengalaman untuk dapat timbulnya minat tersebut. Sedangkan untuk konseling dan pemberian ARV di teratai sudah bisa ditangani oleh dokter umum yang ada di sana	Dengan adanya 4 DSOG dan 4 DSA dirasakan sudah mencukupi, hanya dengan 1 DSAAn dirasakan masih kurang, juga dirasakan perlu untuk refreshing pengetahuan tentang HIV pada ibu dan anak.	Petugas sudah cukup dari segi jumlah, namun tidak semua petugas mau menangani pasien HIV-AIDS. Tenaga <i>cleaning service</i> belum dilibatkan dalam tim yang membersihkan sisa operasi persalinan pasien HIV	Sebagian dokter menyatakan petugas medis sudah cukup, sebagian dokter lainnya menyatakan bahwa seharusnya ada tim tersendiri dan ada perawat yang menangani khusus.
Mengikuti pelatihan	Sudah mengikuti pelatihan yang berkaitan dengan tupoksinya, baik di dalam maupun luar negeri, sejak terlibat sebagai tim PPIA	Dokter yang diwawancara ada yang sudah ikut pelatihan, ada yang belum. Dari 4 DSOG, baru 1 yang ikut pelatihan, demikian juga untuk 4 DSA, baru 2 yang dilatih	Sebagian besar dokter sudah mendapat pelatihan, baik selama pendidikan dokter, selama bekerja di RS tersebut ataupun bekerja di luar RS	Sebagian dokter pernah mengikuti pelatihan dari Kementerian Kesehatan tahun 2004, lainnya menyatakan belum pernah dilatih karena namanya diganti orang lain sedangkan lainnya menyatakan dokter spesialis tidak perlu dilatih.

Lanjutan Tabel 1. Matriks Hasil Wawancara Kesiapan ....

Perihal	RS HS	RSUD KBd	RSUD KBk	RS MM
Kendala layanan	Kurang refreshing petugas pelaksana, kurang persiapan untuk pasien yang belum masuk program PPIA sebelumnya, pergantian residen, dan juga kendala teknis pada pasien tidak mampu.	Belum semua ibu mau PITC. Kendala lainnya adalah pemeriksaan laboratorium yang mahal secara alat dan bahan, sehingga tidak semua bisa dilakukan oleh RS ini.	APD yang tidak lengkap, obat-obatan yang tidak selalu tersedia, terutama obat anak karena persediaan hanya disimpan di klinik VCT, sementara klinik VCT tidak 24 jam, ruang konseling tidak tersedia di poli kebidanan, sehingga semua dilakukan di VCT dan pemeriksaan laboratorium pasien BPJS hanya bisa dilakukan saat aterm atau mendekati aterm sehingga tidak bisa dilakukan deteksi dini	Layanan PPIA ada di poli NAPZA, kalau ada yang perlu ditangani dokter spesialis lain dirujuk ke bagian tersebut. Sampai saat ini RS MM tidak melakukan layanan persalinan, sehingga layanan PPIA belum dapat optimal. Oleh karena itu bila ada pasien HIV yang akan melahirkan dirujuk ke RS lain.
Etika	Dijaga kerahasiaannya, diperlakukan sama seperti pasien lainnya. Tidak membicarakan pasien antar petugas di tempat umum.	Pelayanan tidak dibedakan dengan pasien lainnya, hanya kartu statusnya terjaga dan tidak bercampur dengan pasien lainnya. Pasien B20 pasca salin ditempatkan di ruang isolasi demi kenyamanan pasien. Kesepakatan internal RS. Bayi dirawat gabung dengan ibunya.	Dari segi etika, semua pasien HIV-AIDS diperlakukan sama dengan pasien lainnya, namun kerahasiaan ruangan masih belum terjaga dengan baik, karena tidak ada ruang konseling khusus.	Sesuai dengan etika kedokteran. <i>Confidentialing</i> selalu dijaga, tidak ada diskriminasi.
Saran – saran	<i>One stop service</i> (Layanan satu atap) PPIA agar bisa menjadi <i>centre of excellent</i> dalam pelayanan PPIA di Indonesia. Pendampingan dari psikolog dan psikiater untuk ibu positif HIV dan keluarganya. <i>Briefing</i> untuk para residen yang akan menangani pasien PPIA Kemenkes segera mewajibkan pemeriksaan PITC bagi semua ibu hamil, sehingga keluarga bisa terjaring	Menambah jumlah pelatihan dan updating PPIA untuk petugas medis, Menambah jumlah petugas pelaksana PPIA, terutama dokter spesialis anestesi Menginginkan adanya bantuan untuk survei kecil – kecilan yang dapat melihat keberlanjutan anak – anak hasil PPIA.	Skinning ANC pada semua ibu hamil (PITC) dijadikan prosedur standar Kerjasama lintas sektor dan sinkronisasi HIV dengan KIA LSM tidak mencampuri wewenang tenaga medis Penyediaan APD Set bagi ibu, sehingga bisa melahirkan dengan aman dimana saja Jaminan keamanan dan kesehatan bagi tenaga medis yang menangani pasien HIV-AIDS Pasien tidak menutup status pada tenaga medis	Kebutuhan sarana dan prasarana dilengkapi Sosialisasi ke poli-poli lebih di intensifkan Tenaga medis dan administrasi ditambah Dilakukan <i>screening</i> total pada ibu hamil.

Tes HIV bagi ibu hamil masih pasif dilakukan oleh para dokter spesialis kebidanan dan kandungan. Tes HIV lebih aktif dilakukan di poli VCT/CST, dengan mengutamakan Prong 1 dan 2, yaitu dengan

meminta pasangan dari laki-laki positif HIV untuk juga melakukan tes secara berkala. Bahkan salah satu RS ada yang tidak memasukkan tes HIV sebagai paket layanan

ANC, seperti dinyatakan oleh salah seorang dokternya sebagai berikut :

*“Saya hanya bertugas untuk memeriksa pasien yang dirujuk oleh Klinik Napza yang positif dan hamil. Tes HIV belum masuk dalam paket ANC.... Kami bersifat pasif, hanya menunggu dari klinik Napza.”(dr. E)*

Terkait dengan kendala yang dirasakan dan dialami dalam bertugas, kesiapan tenaga dokter dalam memberikan layanan PPIA berbeda – beda pandangannya. Ketidaksiapan tersebut ditunjukkan dalam beberapa pernyataan seperti di bawah ini :

*“Kendala SDM : yang utamanya sebenarnya ada SDM, cuma ga ada yang mau kali ya. Kendala Alat: APD ga lengkap. Cara mengatasinya ya berdoa, iya kan, nih APD harusnya jangan dimasukin di gudang, APD itu dipakai bukan buat disimpen, bilangan. Mau cari APD nelson dulu, baru dikirim besoknya, APD itu dibagikan. APD takut abis. Gak usah ada pasien HIV disini, orang APD ga ada SDM ga ada, mau operasi aja baca doa dulu. Sampai alat-alat lengkap barulah kita melayani. APD nya disimpen. Masalahnya ketersediaan APD*

*saya tidak tau ya, apa salah dari rumah sakit apa salah dari pusat, tidak ada keterbukaan. Coba liat VK, tanya APD ada apa engga.” (dr. B)*

*“PPIA belum berjalan baik. Terutama jika libur panjang obat tidak tersedia. Beberapa obat yang seharusnya tersedia pada saat – saat urgensi tidak tersedia di Bagian Farmasi RS. Semua obat HIV hanya ada di VCT, sedangkan mereka tidak 24 jam dan hari libur tutup.” (dr. W)*

*“Bagaimana perlindungan dari pemerintah jika ada tenaga medis kena HIV, belum ada kan??? Resiko. Kalo kena gak ada jaminan, ga ada asuransinya. Kalo ada nakes yang terkena, kasih asuransi buat diri dan keluarganya. Kementerian buat kebijakan seperti itu dong, kasih sinkron aja, antara HIV dan KIA, supaya jangan timpang tindih” (dr. H)*

*“Untuk pelayanan persalinan, manajemen tidak bisa mengatasi, tidak dilakukan advokasi, keputusan dari manajemen sampai hari ini adalah tidak bisa dilakukan persalinan untuk pasien ODHA”.* (dr. Ay)

Tabel 2. Matriks Hasil Wawancara Kesiapan Bidan dan Perawat RS Pemberi Layanan PPIA di Jawa Barat

Perihal	RS HS	RSUD KBd	RSUD KBk	RS MM
Kebijakan /pedoman yang menjadi acuan	SOP, SK Direktur, Buku PPIA dari Kemenkes	Kebijakan yang menjadi pedoman adalah dari Depkes, SK Direktur, Protap - protap	Kebijakan yang menjadi pedoman adalah SOP sudah ada SK terbaru dari RS	Kebijakan yang ada berupa SK tentang PMTCT, tetapi belum ada kebijakan yang mengharuskan ibu hamil untuk periksa HIV.
Kecukupan jumlah tenaga	Selama ini masih mencukupi. Namun jika terjadi lonjakan pasien, tidak mencukupi. Tidak ada perawat dan bidan yang khusus menangani pasien PPIA	Untuk perawat dirasakan sudah cukup jumlahnya, sedangkan untuk bidan masih kurang.	Petugas perawat dan bidan masih kurang, baik itu di ruang operasi maupun poli kebidanan.	Masih kurang, bidan yang mau menangani ibu hamil dengan HIV hanya satu, disarankan minimal ada 2 bidan.
Mengikuti pelatihan	Perawat ada yang pernah pelatihan PPIA dari dinkes, untuk bidan belum. Refreshing tentang HIV-AIDS dari internal RS sudah pernah didapatkan. Untuk perawat dan bidan sudah mendapatkan pelatihan sesuai tupoksinya, tahun 2007 dan 2013	Perawat dan bidan sudah mendapatkan pelatihan sesuai tupoksinya, antara tahun 2005 – 2013	Pelatihan hanya untuk petugas yang menangani PPIA saja. Namun belum semua, beberapa hanya mengikuti seminar.	Pelatihan yang pernah diikuti adalah pelatihan PPIA, dari RS MM yang dikirim satu perawat, satu bidan dan satu dokter umum. Penyelenggara Kemenkes, antara tahun 2009 – 2011.

Lanjutan Tabel 2. Matriks Hasil Wawancara Kesiapan Bidan ....

Perihal	RS HS	RSUD KBd	RSUD KBk	RS MM
Etika	Kerahasiaan pasien terinfeksi HIV dapat dijamin di RS ini	Sama seperti pasien lainnya, tidak dibedakan.	Etikanya adalah tidak pernah membuka status pasien, jika antar petugas dengan menggunakan nama klinik flamboyan	Dalam melakukan pelayanan etika yang dipegang adalah sesuai standard, harus ada <i>inform consent</i> , dan tidak melakukan diskriminasi
Kendala layanan	Kegiatan layanan PPIA selama ini masih menemui kendala karena tidak ada ruang ANC di teratai, koordinasi dengan OK agak lama karena menunggu ruang operasi, walaupun koordinasi secara pekerjaan tidak bermasalah	PPIA sudah diinisiasi sejak 2010, namun baru bisa membantu persalinan pada 2011. Sejauh ini sudah berjalan baik. Namun kendalanya ada pada SDM yang belum pelatihan sehingga masih takut dan ada stigma. Selain itu juga kendala pada pasien yang tidak bersedia PITC, dan petugas tidak bisa memaksa karena manajemen juga membatasi jumlah pemeriksaan.	Kegiatan PPIA terkendala masalah petugas, masih ada petugas yang tidak mau menangani pasien HIV, penanganan limbah juga masih belum baik.	Kegiatan PPIA yang dilakukan mulai dari pencegahan sampai perawatan sudah dilakukan kecuali persalinan. Jadi belum maksimal. Hal ini terkendala belum semua profesi yang terlibat PPIA pernah dilatih seperti anastesi, perawat OK. Pemeriksaan HIV hanya waktu pagi hari, tidak 24 jam, padahal kasus kebidanan 24 jam, sementara persalinan tidak bisa menunggu. Selain itu di RS MM pelayanan SC juga tidak 24 jam. Pasien dengan faktor resiko seringkali tidak bersedia diperiksa HIV meskipun telah diberi penjelasan resiko dan penularan ke bayi, sehingga menyulitkan kita melakukan persalinan yang aman
Saran – saran	Dokter Sp.OG terintegrasi dengan klinik teratai. SDM khusus yang menangani PPIA	Memperkuat jejaring dengan puskesmas agar layanan PPIA di RS bisa lebih baik. Menempel poster/leaflet yang menyarankan pasien ibu hamil untuk PITC. Ada <i>reward</i> untuk petugas yang tangani pasien terinfeksi HIV	Tambahan petugas Pelatihan buat petugas Pemeriksaan VL Pelaporan online Ruang konseling khusus di poli kebidanan	Pelatihan untuk semua tenaga kesehatan yang terlibat PPIA Pemenuhan sarana dan prasarana sesuai standar pelayanan untuk ibu hamil dengan HIV-AIDS untuk keamanan dan keselamatan pasien dan tenaga yang terlibat dalam pelayanan ibu hamil dengan HIV-AIDS.

Secara umum, jumlah tenaga perawat di ke-4 rumah sakit sudah cukup, sedangkan jumlah bidan masih kurang, sebagian bidan yang ada juga masih belum mendapatkan

pelatihan tentang PPIA. Perawat dan bidan yang menangani PPIA merasa belum mendapatkan imbalan yang sesuai, seperti yang dikatakan oleh perawat Z berikut ini :

*“Inginnya ada reward bagi petugas yang menangani pasien khusus seperti pasien dengan kasus B20, karena jika tidak, banyak petugas yang memilih untuk menangani pasien biasa saja”*

**Kesiapan tenaga pendukung pemberi layanan PPIA di RS (laboran, apoteker/tenaga farmasi, manajer kasus/konselor, tenaga administrasi)**

Tabel 3. Matriks Hasil Wawancara Kesiapan Tenaga Pendukung RS Pemberi Layanan PPIA di Jawa Barat

Perihal	RS HS	RSUD KBd	RSUD KBk	RS MM
Kebijakan / pedoman yang menjadi acuan	SOP, SK, Peraturan dari Kemenkes dan WHO, IOMS	SK Direktur, SOP, pedoman Kemenkes	SK Direktur, SOP, pedoman Kemenkes	SOP, SK Direktur
Kecukupan jumlah tenaga	Farmasis sudah cukup. Laboran, dan admin masih kurang. Manajer kasus sudah cukup tetapi yang <i>concern</i> ke PPIA masih kurang	Farmasis, laboran, admin, dan manajer kasus dirasakan masih kurang	Farmasis, manajer kasus, admin masih kurang. Laboran cukup	Farmasis, laboran, dan manajer kasus masih kurang. Admin cukup
Mengikuti pelatihan	Farmasis, laboran, admin, manajer kasus sudah mengikuti pelatihan	Farmasis, laboran, admin sudah mengikuti pelatihan, namun manajer kasus belum semua dapat pelatihan	Belum semua farmasis dan laboran pelatihan. Manajer kasus dan admin sudah pelatihan	Farmasis, laboran, admin, manajer kasus sudah mengikuti pelatihan
Kendala layanan	Farmasis terkendala apabila stok obat anak habis, tapi ini jarang terjadi karena RSHS merupakan <i>buffer stock</i> untuk RS lain Laboran kerepotan apabila reagen sering berganti – ganti merk Manajer kasus sulit melakukan <i>home visit</i> karena tidak diberikan pengganti transport Admin keteteran dengan input data karena jumlah pasien meningkat setiap harinya	Farmasis menemui kendala jika obat yang dikirim mendekati tanggal kadaluarsa Laboran merasa terkendala dengan ruang laboratorium yang sempit Admin kesulitan dengan terlalu banyak data yang diinput kadang menyulitkan Manajer kasus sulit mendampingi karena pasien sering berganti no handphone	Farmasis merasa terkendala karena Petugas VCT belum rutin membuat laporan penggunaan obat Laboran terkendala dengan Reagen CD4 yang kosong berbulan2 dan masih banyak kekurangan APD standar laboratorium Manajer kasus terkendala dengan jumlah petugas yang tidak sebanding dengan pasien Tidak ada petugas khusus admin, sehingga harus merangkap dengan tugas lain	Farmasis menemui kendala jika obat yang dikirim mendekati tanggal kadaluarsa Laboran menyatakan kendala pada alat CD4 rusak dan reagen tidak tersedia, APD belum lengkap dan bagian K3 tidak bisa dihubungi 24 jam Tidak ada biaya <i>home visit</i> untuk follow up ibu hamil Admin tidak menemukan kendala yang berarti
Etika	Kerahasiaan pasien dijaga	Kerahasiaan pasien dijaga. Hasil lab langsung dikirim ke klinik VCT	Ambil obat langsung di VCT sehingga pasien umum tidak tahu. Kerahasiaan pasien dijaga, hasil lab langsung dikirim ke klinik VCT dan dibuka bersama antara dokter dan pasiennya	Menjaga kerahasiaan pasien



Lanjutan Tabel 3. Matriks Hasil Wawancara Kesiapan....

Perihal	RS HS	RSUD KBd	RSUD KBk	RS MM
Saran – saran	Tenaga laboran ditambah Reagen tidak berganti-ganti merk sehingga prosedur bisa tetap <i>One stop service</i> PPIA Alokasi dana untuk <i>home visit</i>	Obat yang dikirim agar tidak mendekati <i>expired</i> Penambahan lemari obat Penyediaan obat sirup untuk anak Farmasis diberi kewenangan sebagai <i>drug konselor</i> bukan hanya <i>drug supplier</i> Sosialisasi semua bumil agar mau melakukan PITC	Ada komitmen tertulis dari pimpinan RS untuk dukung PPIA Membuat ruang VCT sesuai standar konseling Tidak ada reagen yang kosong Memenuhi standar keamanan dan keselamatan dengan melengkapi APD	Farmasis diberi kewenangan utk adherence konselor Sarpras dibenahi APD dilengkapi Alat dan bahan lab dilengkapi Ada prosedur manual pemeliharaan alat laboratorium

Jumlah tenaga farmasi, laboran, manajer kasus, dan administrasi secara umum masih kurang. Tenaga farmasi banyak menemui kendala apabila stok obat habis atau obat mendekati tanggal kadaluarsa. Laboran merasakan kendala pelayanan karena ruangan sempit, reagen tidak siap, alat belum dikalibrasi, sedangkan manajer kasus terkendala dengan tidak adanya anggaran *home visit* untuk mendampingi pasien di rumah.

Terkait dengan ketersediaan obat, salah satu apoteker yang kami wawancarai menyampaikan saran sebagai berikut:

*“Obat yang diberikan ke RS sebaiknya tidak mendekati expired, harusnya dikirim yang expirednya lama. Obat-obat dengan jenis sediaan berupa sirup belum ada. Sediaan untuk profilaksis bayi baru lahir harusnya dibuat dalam bentuk sediaan dengan dosis yang lebih kecil. Lemari obat juga masih kurang”.*

**Kesiapan sarana dan prasarana layanan PPIA di RS (ketersediaan obat, alkes, reagen, ruang konseling, ruang persalinan, dan sebagainya)**

Tabel 4. Kesiapan Ruang RS Rujukan PPIA di Jawa Barat

Jenis Sarana Prasarana	RS HS	RSUD KBd	RSUD KBk	RS MM
R. konseling	Tersedia, memadai	Tersedia, tidak memadai	Tersedia, tidak memadai	Tersedia, tidak memadai
R.laboratorium	Tersedia, Memadai	Tersedia, memadai	Tersedia, memadai	Tersedia, memadai
R. tunggu	Tersedia, memadai	Tersedia, tidak memadai	Tersedia, tidak memadai	Tersedia, Memadai
R. rawat inap	Tersedia, memadai	Tersedia, memadai	Tersedia, Memadai	Tersedia, tidak memadai
R. tindakan gawat darurat	Tersedia, memadai	Tersedia, memadai	Tersedia, memadai	Tersedia, memadai
R. Persalinan	Tersedia, memadai	Tersedia, memadai	Tersedia, memadai	Tersedia*
R.VCT/PPIA	Tersedia, memadai	Tersedia, tidak memadai	Tersedia, tidak memadai	Tidak Tersedia khusus
Prasarana Pendukung <sup>1)</sup>	Tersedia, memadai	Tersedia, memadai	Tersedia, memadai	Tersedia, memadai <sup>3)</sup>
Alat Kesehatan <sup>2)</sup>	Tersedia, memadai	Tersedia, memadai	Tersedia, memadai	Tersedia, memadai

Keterangan :

\*Ruang persalinan tersedia akan tetapi tidak digunakan untuk persalinan pasien dengan HIV-AIDS

<sup>1)</sup>Prasarana pendukung terdiri dari: Air bersih, sumber listrik, alat transportasi dan alat komunikasi

<sup>2)</sup>Alat Kesehatan terdiri dari: masker, sarung tangan, kondom, alat peraga penis, stetoskop, tensimeter, timbangan BB

<sup>3)</sup> merangkap R.Napza

Tabel 5. Ketersediaan dan Kecukupan Obat ARV pada RS Rujukan PPIA di Jawa Barat

OBAT ANTI RETROVIRAL VIRUS (ARV)	RS HS	RSUD KBd	RSUD KBk	RS MM
Zidovudin 300 mg (AZT, ZDV)	Tersedia, cukup	Tersedia, cukup	Tidak tersedia	Tidak tersedia
Lamivudin 150 mg (3 TC)	Tersedia, cukup	Tersedia, cukup	Tersedia, cukup	Tersedia, cukup
Efavirens 600 mg (EFV)	Tersedia, cukup	Tersedia, cukup	Tersedia, cukup	Tersedia, cukup
Nevirapin 200 mg (NVP)	Tersedia, cukup	Tersedia, cukup	Tersedia, cukup	Tersedia, cukup
Tenovir 300 mg (TDF)	Tersedia, cukup	Tersedia, cukup	Tersedia, cukup	Tersedia, cukup
Lopinavir/ritonavir 400 mg/100 mg (LPV/r)	Tersedia, cukup	Tersedia, cukup	Tersedia, cukup	Tersedia, cukup
Fixed Dose Combination (FDC)				
a. AZT + 3 TC (ACT 300 mg, 3 TC 150 mg)	Tidak tersedia	Tidak tersedia	Tidak tersedia	Tidak tersedia
b. AZT + 3 TC + NVP (AZT 300 mg, 3 TC 150mg, NVP 200 mg)	Tidak tersedia	Tersedia, cukup	Tersedia, cukup	Tidak tersedia

Pada umumnya, ketersediaan obat ARV di ke-4 RS sudah cukup tersedia. Seperti disampaikan dalam beberapa pernyataan berikut :

“Obat sejauh ini cukup, Forecasting sesuai laporan (Apoteker YR)” dan “Sarana prasarana terpadu dengan VCT-CST, obat-

obatan alhamdulillah selalu ada, walaupun ada keterlambatan, bisa pinjam dari RS HS, yang jelas pasien tidak putus obat. Selama ini obat lancar-lancar saja. Perencanaan kebutuhan sesuai dengan rumusan, sudah ada softwarena (Apoteker DK)”.

Tabel 6. Ketersediaan dan Kecukupan Alat dan Logistik Laboratorium pada RS Rujukan PPIA di Jawa Barat

Alat dan Logistik Laboratorium	RS HS	RSUD KBd	RSUD KBk	RS MM
Rapid 1,2,3	Tersedia dalam jumlah cukup	Tersedia tapi tidak cukup	Tersedia dalam jumlah cukup	Tersedia dalam jumlah cukup
Pemeriksaan CD4	Rusak	Tersedia tapi reagen tidak cukup	Tersedia tapi reagen kosong	Tersedia tapi reagen kosong
Pemeriksaan viral load	Tersedia tapi alat rusak	Tidak tersedia	Tidak tersedia	Tidak tersedia
Pemeriksaan PCR	Tersedia tapi reagen kosong	Tidak tersedia	Tersedia tapi belum efektif	Tidak tersedia
Logistik laboratorium lainnya <sup>1)</sup>	Tersedia 90,9%	Tersedia 72,7%	Tersedia 81,8%	Tersedia 54,5%
Alat Laboratorium lainnya <sup>2)</sup>	Tersedia 85,7%	Tersedia 57,1%	Tersedia 57,1%	Tersedia 71,4%
Alat-alat keamanan dan keselamatan kerja petugas laboratorium <sup>3)</sup>	Tersedia 100%	Tersedia 66,7%	Tersedia 66,7%	Tersedia 55,6%

Salah satu dokter penanggung jawab klinik VCT/CST menyatakan sebagai

berikut: “ Reagen CD4 sempat habis selama 1 tahun, karena hanya bergantung bantuan

*dari Provinsi, tidak ada dana dari APBD 2 karena sudah BLUD”*

**Kendala layanan PPIA di RS (kendala manajemen/kebijakan pimpinan, pendanaan, pelatihan, pencatatan pelaporan, dan sebagainya)**

Kendala manajemen antara lain belum adanya komitmen antara pimpinan RS (direksi dan jajarannya) dengan tenaga pelaksana PPIA yang menyatakan bahwa semua tenaga kesehatan dan tenaga pendukungnya harus bersedia memberikan pelayanan bagi pasien HIV positif, sama seperti pasien lainnya. Masih ada stigma dari beberapa tenaga kesehatan terhadap ODHA (Orang dengan HIV-AIDS).

Sarana prasarana yang masih menjadi kendala di layanan PPIA mencakup ruangan, peralatan dan bahan laboratorium, APD, dan obat di ruang konseling (VCT/CST) belum tersedia, dan jika tersedia, masih jauh dari representative karena ruangan sempit. Selain itu, ruang persalinan khusus belum tersedia, dan ruangan laboratorium belum memenuhi syarat, seperti lantai dan dinding belum sesuai standar. Sebagian laboratorium belum memiliki alat pemeriksaan viral load, dan sebagian yang lain sudah punya namun tidak dapat berfungsi dengan baik karena sudah rusak dan belum ada reagenya. Peralatan lain yang belum ada adalah alat ELISA dan thermometer, serta tempat reagen dalam kondisi rusak/bocor. Beberapa obat mengalami kekosongan dalam beberapa bulan terakhir, seperti obat anak dan flukanazol. Kendala lain dari obat adalah expired date-nya yang pendek.

Belum semua dokter, bidan, perawat, laboran, farmasis, dan MK mendapat/mengikuti pelatihan sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya. Bahkan ada tenaga medis yang sudah mendapatkan pelatihan PPIA, namun cenderung untuk menolak melayani pasien HIV positif dan melimpahkan pasien ke tenaga medis yang belum mendapatkan pelatihan.

Di RS HS dan RSUD KBd, petugas laboratorium mengakui sudah cukup terlindungi dengan memakai APD standar seperti sarung tangan, masker dan jas

laboratorium. Di RSUD KBk, keamanan/kewaspadaan dan keselamatan kerja petugas laboratorium masih sangat kurang karena antara lain belum cukup tersedianya APD untuk laboran. Sedangkan di RS MM, SOP ada di bagian K3 yang jam kerjanya tidak 24 jam sedangkan laboratorium buka 24 jam, sehingga menyulitkan kalau terjadi pajanan pada saat K3 tutup. APD-nya sendiri ada yang belum lengkap, seperti sepatu dan kacamata.

Kendala dari segi administrasi yaitu keterlambatan input data karena banyaknya data yang harus diinput seiring dengan meningkatnya jumlah pasien HIV, sehingga dibutuhkan validasi data supaya tidak terjadi duplikasi. Kegiatan RR (*Reporting-Recording*) juga masih terkendala karena tenaga administrasinya masih merangkap di poli/bagian lainnya. Selain itu, sistem SIHA (Sistem Informasi HIV-AIDS) juga kadang bermasalah karena jaringan error dan sebagainya.

## PEMBAHASAN

Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) merupakan upaya memutus rantai penularan HIV dari ibu ke anaknya, karena lebih dari 90% bayi positif HIV tertular dari ibu yang positif HIV selama masa kehamilan, persalinan, atau menyusui. Karena itu pada 23 September 2013, Menteri Kesehatan RI meluncurkan Rencana Aksi Nasional (RAN PPIA) 2013 – 2017. Secara umum, kebijakan pelayanan PPIA tahun 2013 – 2017 adalah mengintegrasikan layanan KIA, KB, dan konseling KB dan konseling remaja di setiap jenjang layanan; pemberian task shifting buat daerah yang belum mampu memberikan layanan konseling dan testing; setiap ibu hamil yang positif HIV wajib diberi obat ARV dan mendapatkan pelayanan perawatan, dukungan dan pengobatan lebih lanjut; ketersediaan logistik obat; persalinan per vaginam atau per abdominal harus memperhatikan indikasi obstetrik ibu dan bayinya serta harus menerapkan kewaspadaan standar; konseling laktasi atau konseling makanan bayi yang memenuhi persyaratan teknis (Anonimus, 2014).

Namun pada kenyataannya, implementasi kesiapan rumah sakit di Provinsi Jawa Barat yang sudah ditunjuk oleh Pemerintah untuk mampu melayani program PPIA dapat kita lihat seperti bagian hasil di atas. Ketidaksiapan terutama dalam sarana dan prasarana laboratorium, ruangan pelayanan, ruangan persalinan, ketersediaan dan kecukupan obat – obatan, masih adanya stigma dan ketidaksiapan dari sebagian tenaga dokter, perawat, dan bidan, serta belum adanya komitmen tertulis dari pimpinan rumah sakit untuk memberikan sanksi atau peringatan bagi tenaga kesehatan yang tidak mau atau menghindari melayani pasien HIV positif. Dapat kita bayangkan bahwa jika kondisi RS Rujukan HIV-AIDS yang dinilai mampu untuk melakukan pelayanan PPIA di Provinsi Jawa Barat saja kondisinya masih seperti ini, bagaimana dengan kondisi dengan rumah sakit lainnya di luar Pulau Jawa.

Program PPIA dapat berhasil apabila pelayanan kesehatan yang diberikan berkesinambungan : semua ibu hamil memeriksakan kehamilannya di fasilitas pelayanan kesehatan, dan ditawarkan serta melakukan tes HIV; semua ibu positif HIV : periksa CD4 dalam darahnya, mengikuti program PPIA, patuh minum obat ARV selama kehamilan, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan profesional, mengikuti aturan praktek pemberian makanan bayi yang aman, membawa bayinya untuk tes HIV, patuh minum ARV untuk ibu/bayi setelah persalinan (Turan, J.M, and Nyblade, 2013).

Jika kita melihat beberapa pernyataan dari para dokter seperti hasil di atas, maka dapat dikatakan bahwa belum semua dokter siap memberikan layanan PPIA secara adekuat, terkait dengan beberapa kendala yang dirasakan dan dijumpai dalam tugasnya sehari – hari. Kendala tersebut selain karena ketidaklengkapan sarana prasarana, persepsi dari diri sendiri, juga karena belum adanya komitmen pimpinan rumah sakit untuk mendukung penuh pelaksanaan layanan PPIA. Sedangkan dukungan penuh dari pimpinan rumah sakit merupakan sebuah strategi yang penting didalam meningkatkan cakupan layanan PPIA. Berbagai studi layanan PPIA di Afrika Selatan menyatakan bahwa ketersediaan

obat, alat kesehatan, kebijakan, pelatihan petugas tidak dapat menjamin keberhasilan layanan PPIA, jika tidak dibarengi dengan disusunnya suatu evaluasi peningkatan kualitas layanan dan inisiasi pimpinan dan pelaksana dalam memecahkan segala permasalahan yang terjadi di dalam program layanan PPIA (Ekouevi1, DK,. Stringer, E., Coetzee, D., 2012).

Beberapa studi di India menyatakan bahwa rendahnya pemanfaatan tes HIV pada ibu hamil adalah karena kurangnya informasi dari tenaga kesehatan dan kurangnya kepedulian layanan VCT kepada ibu hamil saat ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan. Tes HIV yang dilakukan di laboratorium saat ibu ANC sebenarnya lebih menguntungkan daripada tes HIV yang dilakukan di ruang persalinan bagi ibu hamil yang diduga terinfeksi HIV Shrinivas (Darak S., Panditrao M., Parchure R., 2012). Implementasi layanan PPIA yang kompleks tidak dapat diharapkan berfungsi baik jika layanan yang diberikan secara keseluruhan tidak didukung oleh tenaga yang handal, meskipun telah dicukupi dengan fasilitas layanan yang memadai (Ekouevi1, DK,. Stringer, E., Coetzee, D., 2012).

Adanya stigma negatif dari pemberi layanan memberikan dampak negatif terhadap utilisasi pemanfaatan program PPIA di fasilitas pelayanan kesehatan. Stigma dan diskriminasi dapat menyebabkan seorang ibu hamil positif HIV tidak akan datang memeriksakan kehamilannya, tidak mengikuti program PPIA, melahirkan dengan tidak ditolong oleh tenaga kesehatan profesional, tidak akan membawa bayinya tes HIV, tidak akan patuh minum ARV selama kehamilan dan sesudah persalinan. Dimana hal – hal tersebut dapat berdampak pada morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi/anaknya serta proses transmisi infeksi HIV (Turan, J.M, and Nyblade, 2013).

Tenaga pendukung pemberi layanan PPIA di rumah sakit seperti laboran, apoteker/tenaga farmasi, manajer kasus/konselor, tenaga administrasi sangatlah penting dalam berjalannya layanan PPIA di rumah sakit. Tanpa komitmen dari mereka maka layanan PPIA di rumah sakit tidak akan berkembang. Dalam memberikan layanan PPIA di rumah sakit, sebagian besar sudah

ada kebijakan yang dikeluarkan oleh rumah sakit, yaitu berupa SOP dan SK Direktur rumah sakit. Selain itu juga mengikuti peraturan dan pedoman yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan. Secara umum petugas pendukung layanan PPIA yang masih dirasakan kurang adalah tenaga farmasis, administrasi dan konselor.

Semua RS Rujukan HIV-AIDS yang diteliti memiliki ruangan yang lengkap untuk menunjang pelayanan bagi ODHA, akan tetapi beberapa ruangan masih tidak memadai, seperti ruang konseling, ruang perawatan, ruang tunggu dan ruang VCT/PPIA. Adapun hingga laporan ini dibuat, ada RS yang belum memfasilitasi tindakan persalinan untuk ibu positif HIV. Ketersediaan ruangan ditemukan sudah sesuai dengan standar pelayanan minimal bagi fasyankes sekunder yang menjadi layanan komprehensif HIV-IMS berkesinambungan (LKB). Pada pelaksanaan LKB di fasyankes sekunder, disebutkan bahwa bangunan yang perlu disediakan bagi pelayanan antara lain ruang tunggu, pendaftaran, ruang konseling, ruang pemeriksaan fisik, ruang PTRM (Program Terapi Rumatan Methadone), dan ruang LSM/ODHA (Kementerian Kesehatan, 2012).

Untuk ketersediaan ARV, secara umum hampir semua RS menyediakan obat ARV dalam jumlah yang memadai, sediaan Zidovudin 300 mg. Sedangkan untuk obat Fixed Dose Combination (FDC) AZT + 3 TC + NVP hanya tersedia di 1 RS. Pada pengobatan ARV, menurut pedoman yang ada bagi ibu hamil dengan HIV, penentuan saat yang tepat untuk memulai terapi ARV didasarkan pada kondisi klinis pasien (stadium klinis WHO) atau hasil pemeriksaan CD4. Adapun pada ibu hamil, pasien TB dan penderita hepatitis B kronik aktif yang terinfeksi HIV, pengobatan HIV dapat dimulai pada stadium klinis apapun atau menunggu hasil pemeriksaan CD4, namun pemeriksaan CD4 tetap diperlukan untuk pemantauan pengobatan. Pemberian ARV pada ibu hamil dengan HIV selain dapat mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke anak, adalah untuk mengoptimalkan kondisi kesehatan ibu dengan menurunkan kadar HIV serendah mungkin. Regimen terapi yang

dianjurkan biasanya berupa kombinasi beberapa obat, hanya saja perlu diingat bahwa penggunaan nevirapin pada perempuan dengan kadar CD4 >250 sel/mm<sup>3</sup> atau yang tidak diketahui jumlah CD4nya dapat menimbulkan reaksi hipersensitif. Sedangkan penggunaan efavirenz pada trimester 1 tidak boleh diberikan karena bersifat teratogenik (Kementerian Kesehatan, 2012).

Untuk kelengkapan alat dan bahan pemeriksaan penunjang HIV secara umum belum memadai. Hanya Rapid 1,2,3 yang sudah tersedia dengan jumlah memadai di sebagian besar RS. Adapun pemeriksaan CD4, viral load dan PCR belum optimal dilakukan, dengan alasan tidak ada alat, alat rusak, reagen kurang maupun reagen tidak ada. Kelengkapan logistik laboratorium lainnya, alat laboratorium lainnya serta alat-alat keamanan dan keselamatan kerja petugas laboratorium belum tersedia dengan lengkap di RS yang diteliti. Masih kurangnya alat maupun reagen yang diperlukan harus mendapatkan perhatian dari pihak terkait. Dalam program LKB, laboratorium di RS seharusnya dapat melakukan pelayanan tes HIV, pemeriksaan laboratorium dasar sebagai penilaian awal ODHA dan terapi ARV, tes CD4, dan pengiriman sampel darah untuk PCR apabila tidak tersedia (Kementerian Kesehatan, 2012).

Potensi infrastruktur jejaring pelayanan KIA yang telah ada akan memudahkan dalam menjangkau sasaran yang berisiko. Selain itu, sistem pencatatan dan pelaporan terpadu dalam pelayanan KIA sangat mendukung dalam proses mengidentifikasi apakah sasaran termasuk kelompok berisiko atau tidak. Integrasi PPIA di pelayanan KIA juga dipandang efisien dari segi tenaga dan dana. Petugas pelaksana cukup oleh pemegang program KIA yang sudah mendapat pelatihan PPIA sebelumnya, sehingga menumbuhkan rasa saling percaya antara petugas dan pasien yang berdampak pada kelanjutan intervensi. PPIA terintegrasi di pelayanan KIA menawarkan paket pelayanan yang menyeluruh tanpa harus datang ke klinik lainnya sehingga pasien menjadi lebih mudah dan menghemat waktu. Melalui program ini, koordinasi kegiatan KIA dan PPIA dapat dilakukan pada jejaring

internal pelayanan kesehatan secara lebih komprehensif dengan tetap memperhatikan peran pendukung seperti LSM, tokoh masyarakat, dan tokoh agama (Imelda, 2009).

Dalam kenyataannya program integrasi PPIA di pelayanan KIA masih menemukan berbagai kendala. Masih banyak faktor yang perlu dipersiapkan dan ditingkatkan sehingga program ini dapat terealisasi secara optimal. Dilihat dari sudut SDM, integrasi kedua program membutuhkan tenaga kesehatan terampil yang memerlukan pelatihan dan pembinaan yang berkelanjutan (Kementerian Kesehatan, 2012; Lingkungan, 2010). Salah satu cara untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia di rumah sakit yaitu dengan cara memberikan pelatihan. Pelatihan merupakan pendidikan tambahan untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan dalam melaksanakan tugas dan fungsi. Dari penelitian ini, belum semua petugas medis maupun petugas pendukung mendapat/mengikuti pelatihan sesuai dengan tupoksinya. Petugas yang sudah dilatih, sebagian dari mereka tidak bisa berjalan sesuai dengan yang diharapkan.

Hambatan lain terkait dengan integrasi layanan PPIA dengan KIA adalah sarana dan prasarana yang belum memadai, serta adanya peningkatan beban kerja disertai kegiatan pencatatan pelaporan lebih banyak dan kompleks yang memerlukan persiapan manajemen yang lebih matang (Kementerian Kesehatan, 2012; Lingkungan, 2010). Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian ini.

Hasil studi di Mozambique, menunjukkan bahwa peran manajemen dalam fasilitas pelayanan kesehatan sangat besar. Adanya pengaturan beban kerja yang optimal, peningkatan motivasi, sikap dan adanya supervisi yang berkesinambungan merupakan kunci keberhasilan integrasi PPIA di pelayanan KIA (James P., 2010)

Terkait dengan universal precaution, untuk menghindari kecelakaan dan terinfeksi petugas dari bahan berbahaya, maka sebaiknya dilakukan tindakan pencegahan seperti pemakaian alat pelindung diri (APD). Jika petugas tidak memakai APD, maka akan semakin besar kemungkinan petugas tersebut untuk

terinfeksi bahan berbahaya, khususnya berbagai jenis virus. Namun, dari hasil penelitian ini, salah satu kendala dalam layanan PPIA adalah kurang tersedianya APD, padahal APD sangat penting dan sangat diperlukan agar tidak tertular virus HIV.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Implementasi PPIA di 4 RS di Provinsi Jawa Barat yang diteliti berbeda – beda kesiapannya. Namun secara umum kendala layanan PPIA adalah kurangnya pelatihan, belum ada pendanaan untuk *home visit*, terlambatnya pencatatan pelaporan karena belum semua petugas paham SIHA (Sistem Informasi HIV-AIDS), dan belum ada kebijakan pimpinan untuk mendukung penuh kegiatan PPIA seperti mewajibkan semua tenaga kesehatan untuk bersedia melayani pasien HIV.

### Saran

Kementerian Kesehatan hendaknya memperbanyak pelatihan PPIA bagi tenaga kesehatan dan tenaga pendukung di RS, termasuk pelatihan untuk meningkatkan kapasitas petugas dalam memberikan dukungan psikososial. Diharapkan juga agar Kementerian Kesehatan bersama-sama dengan Dinas Kesehatan setempat dan Rumah Sakit hendaknya memperbanyak sosialisasi PPIA bagi tenaga kesehatan dan tenaga pendukung di RS, serta mencukupi kebutuhan alat dan bahan laboratorium untuk pemantauan pengobatan dan tindak lanjut penatalaksanaan PPIA. Agar semua kebijakan PPIA di Rumah Sakit dapat berjalan lancar maka diharapkan adanya komitmen dari pimpinan rumah sakit untuk mendukung penuh PPIA, antara lain dengan memberikan reward dan menegakkan sanksi bagi tenaga pelaksana.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes yang telah membiayai penelitian ini. Terima kasih juga

kami sampaikan kepada para informan penelitian ini, yaitu para tenaga pelaksana pemberi layanan PPIA di RS HS, RSUD KBd, RSUD KBk, dan RS MM.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anonimus, 2011. 6.279 Penduduk Jabar Positif Terjangkit HIV-AIDS. Pikiran Rakyat Online.
- Anonimus, 2013a. Kasus HIV/AIDS di Jawa Barat Capai 7 Ribu Orang [WWW Document]. URL <http://jabarprov.go.id/index.php/subMenu/informasi/berita/detailberita/6287> (accessed 7.11.13).
- Anonimus, 2013b. MDG's. Millenium Development Goals [WWW Document]. URL <http://mdgs-dev.bps.go.id> (accessed 7.11.13).
- Anonimus, 2014. Menkes Luncurkan RAN PPAKI 2013-2015, RAN PPIA 2013-2017 [WWW Document]. URL <http://m.news.viva.co.id/news/read/459367-menkes-luncurkan-ran-ppaki-2013-2015--ran-ppia-2013-2017> (accessed 11.15.14).
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013. Laporan Hasil Penelitian Penyebab Kematian di 12 Kabupaten/Kota di Indonesia. Jakarta.
- Darak S., Panditrao M., Parchure R., E. al., 2012. Systematic review of public health research on prevention of mother-to-child transmission of HIV in India with focus on provision and utilization of cascade of PMTCT services. BMC Public Health 12, 320.
- Ditjen PP&PL Kemenkes, 2013. Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia Dilapor Sampai Dengan Maret 2013 [WWW Document]. URL <http://spiritia.or.id/Stats/StatCurr.pdf> (accessed 7.11.13).
- Ekouevi1, DK., Stringer, E., Coetzee, D., E. al., 2012. Health Facility Characteristics and Their Relationship to Coverage of PMTCT of HIV Services across Four African Countries: The PEARL Study. PLoS One 7, e29823.
- Imelda, 2009. Integrasi Program PMTCT di Pelayanan KIA. Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Barat, Kalimantan Barat.
- James P., et al, 2010. Integration of HIV/AIDS services in to African primary health care: lesson learned for health system stengthening in Mozambique case study. J Int AIDS Soc. 13.
- Kementerian Kesehatan, 2012. Pedoman Penerapan Komprehensif Layanan HIV & IMS Berkesinambungan. Kemenkes RI, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan, 2013. Factsheet Pencegahan Penularan Ibu ke Anak (PPIA) [WWW Document]. URL [http://www.kesehatanibu.depkes.go.id/wpcontent/uploads/downloads/2013/01/Factsheet\\_PPIA.pdf](http://www.kesehatanibu.depkes.go.id/wpcontent/uploads/downloads/2013/01/Factsheet_PPIA.pdf) (accessed 7.11.13).
- Lingkungan, D.J.P.P. dan P., 2010. Tes dan konseling HIV terintegrasi di sarana kesehatan/PITC, Pelatihan . ed. Kemenkes RI.
- RI, K., 2012. Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu Ke Anak (PPIA), Edisi Kedu. ed. Kemenkes RI, Jakarta.
- Turan, J.M, and Nyblade, L., 2013. HIV-related Stigma as a Barrier to Achievement of Global PMTCT and Maternal Health Goals: A Review of the Evidence. Springer Science. New York 2013. AIDS Behav 17, 2528–2539.